Labor für Immungenetik
PD Dr. med. B. Spriewald
Medizinische Klinik 3 –Rheumatologie und Immunologie
Direktor: Prof. Dr. med. G. Schett
Medizinische Klinik 5 – Hämatologie und internistische Onkologie
Direktor: Prof. Dr. med. A. Mackensen

Universitätsklinikum Erlangen

Einwilligung in eine immungenetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung von immungenetischen Untersuchungen zur Krankheitsassoziation.

Patient(in)	Weitere Personen
Name: Vorname: Geburtsdatum:	

Ich habe eine ausführliche Aufklärung (und ggf. zusätzlich spezielle Aufklärungen) zu immungenetischen Analysen gemäß GenDG erhalten und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den immungenetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung / Störung / Diagnose

.....
notwendig sind sowie zu der dafür erforderlichen Probenentnahme (z.B. Blut). Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen. Ich bin damit einverstanden dass die Befunde der Analyse(n) an weitere Ärzte / Personen geschickt werden:

Frau/Herrn Dr. .....

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen (Bitte entsprechend ankreuzen)

Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	Ja ☐	Nein ☐
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.	Ja ☐	Nein ☐
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	Ja ☐	Nein ☐
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung immungenetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Dazu überlasse ich das Untersuchungsmaterial dem immungenetischen Labor der Medizinischen Klinik 3&5 des Universitätsklinikums Erlangen.	Ja ☐	Nein ☐
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und -Unterlagen über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	Ja ☐	Nein ☐

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Patient(in)/gesetzlicher Vertreter	Aufklärender Arzt

Die Anforderungsscheine finden Sie auch unter http://www.medizin3.uk-erlangen.de/immungenetik